

## مقایسه اثر بخشی متادون درمانی (MMT) با متادون درمانی (MMT) همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی و کنترل خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر

الهام سیفی پور<sup>۱</sup>

سارا حقیقت<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی متادون درمانی (MMT) با متادون درمانی (MMT) همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود آگاهی و کنترل خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر انجام شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی و ازطرح پیش از آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه هدف این پژوهش شامل کلید افراد وابسته به مواد افیونی تحت درمان مراکز (MMT) منطقه چهار شهر تهران بود نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش و کنترل جا گذاری شدند. گروه آزمایش، مداخله ترکیبی متادون درمانی (MMT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. در این مدت گروه کنترل تنها برنامه متادون درمانی (MMT) را دریافت میکردند. برای جمع آوری داده‌ها از آزمون خشم اسپلبر (STAXI-2) و مقیاس خود آگاهی (SCS) استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون آماری کوواریانس چند متغییری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات خودآگاهی عمومی و خصوصی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متفاوت و معناداری وجود دارد، همچنین یافته‌ها حاکی از این بود که بین میانگین نمرات مولفه‌های کنترل خشم گروه آزمایش و کنترل و در پس آزمون متفاوت معناداری وجود دارد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب متادون درمانی (MMT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت به برنامه متادون درمانی (MMT) برافزایش خودآگاهی و کنترل خشم درونی و خشم برونی و همچنین کاهش برون ریزی و درون ریزی خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر مؤثرتر بوده است.

**واژگان کلیدی:** برنامه متادون درمانی (MMT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، خودآگاهی، کنترل خشم مصرف کننده مواد مخدر.

۱- کارشناس ارشد گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه گرمسار، آزاد، ایران.

۲- دکتر تخصصی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه گرمسار، آزاد، ایران.

## ۱. مقدمه

این مسئله می تواند به عنوان یکی از محرک های اصلی عود اعتیاد عمل کند (اوراکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). سوء مصرف کنندگان مواد در کنترل خشم با مشکلاتی مواجه هستند (آوالت، ریلی و شاپشیر، ۱۹۹۷)<sup>۲</sup>. ناتوانی در کنترل خشم و به سرعت غضبناک شدن بارزترین الگوی عاطفی در افراد معتاد است (اوراکی، ۲۰۱۱) که این امر می تواند درمانگر و ارائه دهندگان خدمات در زمینه اعتیاد را دچار مشکل کند (آوالت و همکاران، ۱۹۹۷). از دیگر پیامدهای منفی اعتیاد می توان به پایین بودن سطح خودآگاهی اشاره کرد (وردوگارسیا و پرزگارسیا، ۲۰۰۸)<sup>۳</sup> سوء مصرف کنندگان مواد معمولاً مشکل خود را انکار نموده و یا از آن آگاهی ندارند؛ چنانچه رابطه ای منفی بین شدت اعتیاد و خودآگاهی وجود دارد (وردوگارسیا، پرزگارسیا، ۲۰۰۸) (خودآگاهی)) توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قوت، خواسته ها، ترس ها و انزجارهاست. برای اکثر ما توصیف ویژگی های اخلاقی و رفتاری خود بر دیگران، کار سخت و دشواری می باشد به عنوان مثال ممکن است پاسخ به این سؤال که چه کسی هستیم سخت و دشوار باشد (فهیمی، ۱۳۹۰).

تاکنون شیوه های درمانی متعددی از درمان های دارویی، درمان های روان کاوی، رفتار درمانی و غیره برای بیماران مبتلا به اعتیاد صورت گرفت. درمان نگه دارنده با متادون یک رویکرد شناخته شده جهت درمان وابستگی به مواد اپیوئیدی و به خصوص کاهش آسیب است. متادون با جلوگیری از بروز علائم محرومیت و کاهش اشتیاق (وسوسه)<sup>۴</sup> برای مصرف و متوقف نمودن گیرنده های اپیوئیدی در درمان اعتیاد به مواد افیونی مؤثر واقع می شود (فاگینو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). به نقل از کارخانه، (۱۳۹۱) در این روش سعی می شود که اثرات مضرات جسمی، روانی و اجتماعی مصرف مواد به حداقل برسد. درمان نگه دارنده متادون با تغییر سبک زندگی در افراد، مهارت های زندگی و همچنین مهارت های ارتباطی فرد معتاد را بهبود می بخشد. این امر به سبب دوری از اعتیاد و تدارک مصرف است که سبب بالا رفتن سلامت جسمانی روانی افراد می شود (یارمحمدی واصل، بیات، توکلی، فرهودیان، فرهادی، شریفی، ۱۳۹۲).

متادون درمانی دارای سه مزیت مهم است:

۱- فرونشاندن نشانه های افسردگی و اضطراب؛

۲- بهبود وضعیت جسمانی و روحی بیمار؛

۳- ارتقای کیفیت زندگی؛

درواقع هنگامی که نشانه های اختلال روانی از بین رفت، در یک مرحله جدید، معتاد می تواند بین حمله های عصبی ناشی از اختلال های روانی و میل به مصرف مواد مخدر افتراق قائل شود و بنابراین جهت ترک اعتیاد، انگیزه بیشتر و ترس کمتری داشته باشد (قشلاقی، شمسی و میر مهدی، ۱۳۹۳) منافع برای درمان از طریق داروهای مانند کلونیدین، نالتوکسون، و متادون مشاهده شده است. درمان های مختلف موفقیت هایی در کاهش مصرف به بار آورده است اما به نظر می رسد که هیچ یک از رویکردها منجر به تغییر مداوم نمی شوند، مگر اینکه با درمان های روان شناختی همراه شوند (شمسی پور، ۱۳۹۲، به نقل از رمضان زاده، ۱۳۹۳) اضافه شدن یک برنامه درمان روان شناختی، به این برنامه درمانی می تواند مفید باشد. درمان شناختی ACT می تواند به نگهداری اثرات متادون کمک کند (بایست ۲۰۰۱)<sup>۶</sup> درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به عنوان ACT (اکت) شناخته می شود و نوعی رفتار درمانی مبتنی بر توجه آگاهی است که قواعد بنیادین بخش اعظم روانشناسی غرب را به چالش می کشد. در این درمان مخلوطی التقاطی از استعاره، جمله های متناقض نما و

1- oraki

2- A walt, R. M., Reilly, P. M., & shopshire

3- verdejo-garcia & perez – Garcia

4- craving

5 - faggino

6 - Bissett

مهارت‌های توجه آگاهی (mindfulness) و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت شده توسط ارزش‌ها به کار برده می‌شود. اثربخشی ACT در طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم‌اشتهایی روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی پنجاه درصد کاهش بیاید (هیل و همکاران ۲۰۱۵)<sup>۱</sup> هدف ACT ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. ACT (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون در این درمان درباره اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود آن هم در حالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب رو به رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکانها و خاطرات) ACT برای اداره این تجربه‌های درونی مهارت‌های مؤثر توجه آگاهی را به ما می‌آموزد (ویلاردگا و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۱۵).<sup>۳</sup> به نقل از دشتی، (۱۳۹۴) با توجه به آنچه گفته شد مسأله اساسی پژوهشی حاضر این است که اثربخشی متادون درمانی با متادون درمانی همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی و کنترل خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر تفاوت دارد یا خیر؟

## ۲. روش پژوهش

در این پژوهش از یک طرح نیمه آزمایشی بهره گرفته شد که در آن با اختصاص تصادفی آزمودنی‌ها به گروه آزمایشی و کنترل و با استفاده از پیش آزمون و پس آزمون امکان اندازه گیری تغییرات حاصل از مداخله فراهم می‌باشد دیاگرام طرح به صورت زیر می‌باشد:

جامعه‌ی هدف این پژوهش شامل کلیه افراد وابسته به مواد افیونی تحت درمان مراکز MMT منطقه چهار و هشت تهران می‌باشد نمونه‌ی ای به حجم ۴۰ نفر از مراکز (روشنگر و پاریز) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جاگماری شدند به طوری که هر گروه ۲۰ نفر بود. ملاک‌های ورود:

۱- دامنه سنی بین ۴۰ تا ۲۰ سال

۲- داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل (سوم راهنمایی)

ملاک‌های خروج:

۱- عدم تمایل به شرکت در جلسات گروه درمانی

۲- شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر

## ابزار پژوهش

آزمون خشم اسپلبرگر (STAXI-2)

برای اندازه گیری شاخص‌های بیان و کنترل خشم از پرسشنامه خشم اسپلبرگر استفاده شد این پرسشنامه که به عنوان ابزاری برای ارزیابی‌های قبل و بعد مداخله در برنامه‌های آموزش مدیریت خشم به طور وسیع مورد استفاده قرار می‌گیرد، نسخه توسعه یافته معادل مشابه ۲۴ ماده اسپلبرگر (۱۹۸۸) می‌باشد. این نسخه جدید دارای ۵۷ ماده است که راهنمایی

1 - Hill et al.

2- Vylardaga et al

مفصلی برای آن تدوین در سال ۱۹۹۹ انتشار یافت نمره‌هایی برای شش مقیاس ۵ خرده مقیاس و یک شاخص کلی بیان خشم به دست می‌دهد که هم به وسیله دست و هم به وسیله کامپیوتر قابل محاسبه است موادی که مقیاس و خرده مقیاس‌ها را دربر دارد بشرح زیر می‌باشد: مقیاس‌های بیان خشم و کنترل خشم: هر یک از چهار مقیاس بیان خشم و کنترل خشم شامل ۸ ماده است و مواد ۲۶ تا ۵۷ به این چهار مقیاس اختصاص یافته است. راهنمای عملی این پرسشنامه نشان می‌دهد که آلفا برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های ناظر حالت چشم و صفت خشم حداقل ۰/۸۴ با میانگین ۰/۸۸ است و برای مقیاس‌های ناظر بر بیان خشم (برون ریزی خشم، درون ریزی خشم) کنترل خشم (کنترل بیرونی خشم، کنترل خشم) و شاخص بیان کلی خشم حداقل ۰/۷۳ بوده است با توجه به همه شواهد فراهم آورده شده می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های پرسشنامه یاد شده از پایایی کافی برخوردار است هم چنین مقایسه دو گروه بالینی و غیر بالینی حاکی از آن است که تمام مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های STAXI-2 می‌تواند به طور موفقیت آمیزی افراد نمونه بالینی را از افراد نمونه غیر بالینی تفکیک کند. این نتایج مبین بهره مندی پرسشنامه از اعتبار ملاک است (اصغری مقدم و همکاران ۱۳۸۷)

### مقیاس خودآگاهی

مقیاس خودآگاهی پرسشنامه خودسنجی می‌باشد که برای سنجش سه نوع گرایش متمایز خودآگاهی طراحی شده است اولین گرایش خودآگاهی خصوصی: تمایل به توجه در جنبه‌های درونی و خصوصی خود است دومین گرایش خودآگاهی عمومی: تمایل به آگاهی و ارتباط با وجوهی از خود است که دیگران می‌توانند ادراک کنند سومین گرایش اضطراب اجتماعی: تمایل در به راحتی مضطرب و ناخوش شدن در موقعیت‌های اجتماعی است پرسش‌هایی که در اینجا وجود دارد متعلق به مقیاس خودآگاهی است (لطیفان و سیف ۱۳۸۶) پاسخ به گویه‌ها با استفاده از مقیاس ۵ بخشی از نوع لیکرت از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم صورت می‌گیرد گویه‌های ۱۲-۳-۹ به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند لطیفان و سیف (۱۳۸۶). طی مطالعه‌ای پایایی و روایی آن در دانشجویان بررسی کردند شواهد حاصل از همبستگی درونی بین ابعاد این مقیاس نشان از روایی سازه‌های این مقیاس داشت پایایی مؤلفه‌های SCS از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد. این ضرایب برای مؤلفه‌های خودآگاهی خصوصی خودآگاهی عمومی و اضطراب اجتماعی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۷ و ۰/۸۴ می‌باشد.

### روش اجرا

در این پژوهش بعد از انتخاب افراد نمونه به روش در دسترس به طور مساوی به گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند سپس همه شرکت کنندگان آزمون خشم اسپلبرگر و مقیاس خودآگاهی را تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش مداخله ترکیبی متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. در این مدت گروه کنترل تنها برنامه متادون درمانی را دریافت نمودند. پس از پایان جلسات مجدداً همه شرکت کنندگان پرسشنامه‌ها را پر کردند خلاصه جلسات مداخله ترکیبی متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زیر ارائه شده است.

جدول ۱- زمان بندی و محتوای جلسات مداخله

مدت زمان	محتوای جلسات	جلسه
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	آشنایی و پذیرش مراجع، صحبت با همراهان، توضیحات لازم در ارتباط با درمان، شیوه درمان و تیم درمان و مواردی که بهتر است در درمان رعایت شود.	جلسه اول
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	آشنایی با خصوصیات دموگرافیک مراجع، تاریخچه مصرف، تاریخچه درمان، بررسی رفتارهای پرخطر، بررسی سلامت جسمی، بررسی سلامت روانی، بررسی عملکرد فردی و اجتماعی	جلسه دوم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	گوش دادن فعال به مشکلات مرتبط با ترک مواد مخدر و مصرف متادون، حمایت روانی با بازخورد مثبت، تلاش برای پرهیز موقت و اولیه مراجع و توضیح دلایل استفاده از آزمایش ادرار	جلسه سوم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	ایجاد آمادگی برای شروع جلسات روان درمانی با هدف فعال سازی مراجع و اصلاح سبک زندگی، تسهیل تحولات شناختی - هیجانی و تلاش برای تداوم پرهیز و آموزش به بیمار و خانواده و ارائه برنامه درمانی و مشخص نمودن جلسات	جلسه چهارم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	فرآیند اول درمان: پذیرش و تمایل پذیرش به معنای فراهم نمودن فضایی یا فرصتی برای احساسات و عواطف غم انگیز است. یادگیری کوه خاصی از مواجه شدن و نیز کلنجار رفتن با آنها و استراحت و اجازه دادن بدون درگیر شدن با افکار و ایجاد فرصت با فضایی برای حرکت افکار و راه ورود و خروج احساسات بدون تخلیه و مخفی کردن عواطف و احساسات	جلسه پنجم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	فرآیند دوم درمان: گسلسن شناختی: کنار گذاشتن به معنای یادگیری نحوه جدا شدن با فاصله گرفتن از افکار بیهوده، نگرانی‌ها و خاطرات می‌باشد. به جای درگیر شدن با امر و نهی شدن توسط افکار و تلاش برای خلاصی از آنها یادگیری آگاهی به افکار و پاسخ مؤثر به آنها به جای گیر کردن یا گم شدن در آنها	جلسه ششم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	فرآیند سوم درمان: تماس با زمان حال و ذهن آگاهی: تماس (ارتباط) با لحظه حال یعنی بودن به لحاظ روحی و روانی در حال حاضر به معنای اتصال آگاهانه با هر آنچه که درست همین جا و همین حالا اتفاق می‌افتد.	جلسه هفتم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	فرآیند چهارم درمان: خود به مثابه بافت خود بخشی از ما است که مسئول آگاهی و توجه می‌باشد. ذهن انسان از دو بخش تشکیل شده است. خود متفکر یعنی بخشی که همیشه در حال فکر کردن است و نیز مسئول همه افکار، باورها، خاطرات، قضاوت و توهمات و غیره می‌باشد.	جلسه هشتم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	روش سایز ارزش‌ها: ارزش‌ها آنچه که شما از زندگی می‌خواهید هستند آنچه که خواستار تحمل کردنش هستید. آنچه که می‌خواهید با توجه به فرصت زندگیتان روی این سیاره انجام دهید و آن چیزی که در ذهن شما برجسته است و دوست دارید کسانی که شما را می‌شناسند شما را با آن ویژگی بشناسند.	جلسه نهم
۳۰ تا ۴۵ دقیقه	ایجاد اقدام متعهدانه در جهت ارزش‌ها: به معنای اقدام کردن عملی که توسط ارزش‌هایتان هدایت شده است و نیز انجام آنچه که مهم است حتی اگر عمل (اقدام) مشکل یا ناراحت کننده باشد.	جلسه دهم

### ۳. یافته‌ها

در این بخش با محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی سعی بر آن شده است تا به نحوی توزیع و اطلاعات نهفته در متغیرهای این تحقیق که به مقایسه اثربخشی متادون درمانی با متادون درمانی همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود آگاهی و کنترل خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر مربوط می‌شود پرداخته شود، که نتایج به طور خلاصه در جدول (۲) نمایان شده است.

جدول ۲

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر	
انحراف معیار	میانگین	فرآوانی	انحراف معیار			میانگین
۲,۴۱	۱۱,۵۵	۲۰	۲,۴۳	۸,۹۵	۲۰	خودآگاهی عمومی
۲,۲۸	۹,۸۰	۲۰	۲,۵۲	۹,۲۰	۲۰	
۱,۵۸	۱۸,۷۵	۲۰	۲,۷۶	۱۷,۶۰	۲۰	خودآگاهی خصوصی
۲,۵۲	۱۶,۹۵	۲۰	۲,۱۳	۱۶,۵۵	۲۰	
۱,۵۲	۳,۳۰	۲۰	۱,۰۹	۵,۵۵	۲۰	برون ریزی خشم
۲,۳۲	۷,۴۰	۲۰	۱,۰۸	۷,۳۵	۲۰	
۱,۶۵	۷,۳۰	۲۰	۱,۹۳	۹,۰۵	۲۰	درون ریزی خشم
۲,۳۰	۹,۶۵	۲۰	۳,۰۳	۱۰,۳۵	۲۰	
۳,۶۱	۱۶,۳۵	۲۰	۳,۳۳	۱۴,۲۰	۲۰	کنترل خشم بیرونی
۲,۹۲	۱۳,۶۵	۲۰	۲,۸۱	۱۳,۵۵	۲۰	
۲,۶۳	۱۲	۲۰	۲,۶۰	۷,۸۵	۲۰	کنترل خشم درونی
۲,۷۳	۹,۷۵	۲۰	۳,۱۷	۹,۵۵	۲۰	

بعد از توصیف متغیرها و پاسخ به دست آمده از جامعه آماری در این بخش با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیر به فرضیات پژوهش پاسخ داده شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج در جدول (۳) مشخص است.

جدول ۳- نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

عوامل	نوبت آزمون	Z	سطح معناداری
خودآگاهی عمومی	پیش آزمون	۰,۸۹۱	۰,۴۰۶
	پس آزمون	۰,۸۴۵	۰,۴۷۳
خودآگاهی خصوصی	پیش آزمون	۰,۸۸۱	۰,۴۲۰
	پس آزمون	۰,۵۱۱	۰,۹۵۶
برون ریزی خشم	پیش آزمون	۱,۱۱	۰,۱۶
	پس آزمون	۰,۶۸	۰,۷۴
درون ریزی خشم	پیش آزمون	۰,۶۷	۰,۷۵
	پس آزمون	۰,۸۷	۰,۴۲
کنترل خشم بیرونی	پیش آزمون	۰,۷۳	۰,۶۴
	پس آزمون	۰,۸۳	۰,۴۸
کنترل خشم درونی	پیش آزمون	۰,۷۰	۰,۷۰
	پس آزمون	۰,۹۷	۰,۲۹

نتایج این آزمون نشان می‌دهد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای پژوهش در هر دو نوبت آزمون برقرار است ( $p > 0.05$ )

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس آزمون ابعاد خودآگاهی

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰,۳۱	۸,۰۵	۲	۳۵	۰,۰۰۱	۰,۳۱
لامبدا ویکلز	۰,۶۸	۸,۰۵	۲	۳۵	۰,۰۰۱	۰,۳۱
اثر هتلینگ	۰,۴۶	۸,۰۵	۲	۳۵	۰,۰۰۱	۰,۳۱
بزرگترین ریشه خطا	۰,۴۶	۸,۰۵	۲	۳۵	۰,۰۰۱	۰,۳۱

همان طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود F مربوطه یعنی آزمون لامبدای ویکلز در سطح  $P < 0.05$  معنی دار است؛ یعنی بین دو گروه آزمایش و کنترل در دست کم یکی از مؤلفه‌های خودآگاهی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت نمرات ابعاد خودآگاهی بین دو گروه

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودآگاهی عمومی	۱۲,۸۹	۱	۱۲,۸۹	۹,۱۴	۰,۰۰۵	۰,۲۰
خودآگاهی خصوصی	۴۱,۸۴	۱	۴۱,۸۴	۵,۸۹	۰,۰۲	۰,۱۴

در جدول (۵) مهمترین نتیجه آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری یعنی آثار بین آزمودنی‌ها در ابعاد خودآگاهی ارائه شده است همچنان که نتایج نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): بین میانگین دو گروه در مؤلفه خودآگاهی عمومی تفاوت معنی داری ( $P < 0.05$ ) وجود دارد؛ پس نتیجه این که مداخله آزمایش مؤثر بوده است به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب افزایش خودآگاهی عمومی افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۲۰ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر این مداخله ترکیبی است همچنین بین میانگین دو گروه در مؤلفه خودآگاهی خصوصی تفاوت معنی داری ( $P < 0.05$ ) وجود دارد؛ پس نتیجه این که مداخله آزمایش مؤثر بوده است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب افزایش خودآگاهی خصوصی افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۱۴ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر این مداخله ترکیبی است.

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت نمرات ابعاد کنترل خشم بین گروه‌ها

متغیر وابسته	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
برون ریزی خشم	۶۵,۴۵	۱	۶۵,۴۵	۱۶,۱۳	۰,۰۰۰۱	۰,۳۲
درون ریزی خشم	۱۲,۷۷	۱	۱۲,۷۷	۴,۳۸	۰,۰۴	۰,۱۱
کنترل خشم بیرونی	۳۶,۰۷	۱	۳۶,۰۷	۱۸,۸۴	۰,۰۰۰۱	۰,۳۵
کنترل خشم درونی	۳۳,۵۶	۱	۳۳,۵۶	۶,۸۴	۰,۰۱	۰,۱۶

در جدول (۶) مهم‌ترین نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی آثار بین آزمودنی‌ها در ابعاد کنترل خشم ارائه شده است همچنان که نتایج نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی): بین میانگین دو گروه در مؤلفه برون ریزی خشم تفاوت معنی داری ( $P < 0.05$ ) وجود دارد.

پس نتیجه این که مداخله آزمایش مؤثر بوده است به عبارت دیگر می‌توان گفت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب کاهش برون ریزی خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود. با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت ۳۲ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله ترکیبی است همچنین بین میانگین دو گروه در مؤلفه درون ریزی خشم تفاوت معنی داری وجود دارد پس نتیجه این که مداخله آزمایش مؤثر بوده است به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب کاهش درون ریزی خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود. با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت ۱۱ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر این مداخله ترکیبی است بین میانگین دو گروه در مؤلفه کنترل خشم بیرونی تفاوت معنی داری وجود دارد پس نتیجه این که مداخله آزمایش مؤثر بوده است به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب افزایش کنترل خشم بیرونی افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود. با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت ۳۵ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر این مداخله ترکیبی است همچنین بین میانگین دو گروه در مؤلفه است به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب افزایش کنترل خشم درونی افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود با در نظر گرفتن مجذور آتا می‌توان گفت ۱۶ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر این مداخله ترکیبی است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی متادون درمانی با متادون درمانی همراه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی و کنترل خشم افراد مصرف کننده مواد مخدر انجام شد. نتایج نشان داد ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی موجب افزایش خودآگاهی خصوصی افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود. این یافته با پژوهش بحرینیان (۱۳۹۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۴ مداخله خودآگاهی وجود دارد که شامل نا آمیختگی



آگاهی از لحظه حال، مشاهده خود دریافت و پذیرش (که مربوط به ارزش‌هاست) (هیز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) خود به عنوان بافتار بنیادی ترین حس ممکن از خویشتن و خودآگاهی و هشیاری است چرا که از این نظرگاه فرد می‌تواند از جویبار تجربه‌های خود آگاه شود بدون آنکه به آن‌ها وابسته یا درون تجربه خاصی غرق شود؛ این چنین است که گسلس و پذیرش پرورش می‌یابد خود به عنوان بافتار در ACT از طریق تمرین‌های توجه آگاهی استعاره‌ها و فرآیندهای تجربی پرورش می‌یابد (لوسادا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

نا آمیختگی ریا گسلس شناختی به ما این توانایی را می‌دهد که خودمان را از دست این افکاری که گرفتارشان هستیم خلاص کنیم و آن‌ها را بدون اینکه گرفتارشان بشویم مشاهده کنیم ما بعد از این کار متوجه می‌شویم که افکارمان چیزی به جز تجربیات درونی گذرا یا موجی در حال تغییر از کلمات صداها و تصاویر نیستند. همین که از افکار خود گسلیدیم آن‌ها دیگر تأثیر و نفوذ بسیار کمتری روی ما خواهند داشت.

در واقع نا آمیختگی به نوعی خودآگاهی و جدایی از افکار غلط محسوب می‌شود. از طرفی ACT تماس مداوم و غیر قضاوت گرایانه با رویدادهای محیطی و روانشناختی را بهبود می‌بخشد. در این فرآیند ادراکی از خود که به عنوان فرآیند نامیده می‌شود و به طور فعالانه تشویق می‌شود؛ یعنی توصیف مداوم غیر قضاوت گرایانه و گسلیده افکار، احساسات و دیگر رویدادهای درونی که این ادراک از خود مستلزم خودآگاهی می‌باشد. پذیرش نیز عبارت است از به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه‌های درونی است بدون اینکه بی جهت برای تغییر شکل یا بسامد ها تلاش کنیم. این خودداری به خصوص وقتی اهمیت دارد که تلاش برای تغییر رویدادهای درونی منجر به آسیب روان شناختی می‌شود.

به عنوان مثال به بیماران مضطرب آموزش داده می‌شود که اضطراب را مثل یک احساس به طور کامل و بدون حالت تدافعی تجربه کنند. در مجموع می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی تأکید فراوانی دارد به طوری که مداخلاتی که در این درمان به کار گرفته می‌شود بر پایه خودآگاهی استوار است لذا می‌توان نتیجه گرفت ترکیب برنامه دارو درمانی با متادون با مشاوره روانشناختی به روش ACT می‌تواند آثار مثبت تری بر خودآگاهی افراد معتاد برجا بگذارد. نتایج نشان داد، ترکیب متادون درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از برنامه متادون درمانی بر کاهش برون ریزی و درون ریزی خشم و افزایش کنترل خشم درونی و خشم برونی افراد مصرف کننده مواد مخدر تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های امیدیان و همکاران (۱۳۹۴) و دوستی و همکاران (۱۳۹۴) که مؤید تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری بدنی پرخاشگری کلامی خشم و خصومت بود همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت پرخاشگری و خشم عبارت است از حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارها و افکار ناسازگارانه که منجر به آسیب به شخصی یا سیستم دیگری می‌شود (سینگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند افکار و هیجانات مسئله ساز را به گونه ای متفاوت تجربه کنند نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی شان تلاشی نظام مند صورت دهند (لینهان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) در این درمان به درمان جو آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت. از دیگر مفروضاتی که در زمینه خشم وجود دارد این است که وقتی ذهن می‌گوید همه چیز را درباره موضوعی می‌داند واکنش غیر منطقی بیشتری بروز می‌کند. گسلس در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند. بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک

1- Hayes

2 - Losada

3 - Singh

4 - Linehan

شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع پرخاشگری می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مکانیزم‌هایی مانند افزایش تنظیم هیجان سازگارانه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش استرس و عدم قضاوت تأثیر زیادی در افزایش عملکرد شخصی دارد و این مکانیزم‌ها عمدتاً مربوط به هیجانات و عواطف هستند و می‌توانند به کاهش ابعاد هیجانی خشم و پرخاشگری کمک کنند. در مجموع می‌توان گفت ترکیب برنامه دارو درمانی با متادون با مشاوره روانشناختی به روش ACT توانسته است آثار مثبت تری بر کنترل خشم افراد معتاد بر جا بگذارد. بر اساس این نتایج پیشنهاد می‌شود از برنامه درمانی به کار گرفته شده در پژوهش حاضر در درمان افراد معتادی که در کنترل خشم مشکل دارند استفاده شود. برنامه به کار رفته در پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌های ترک اعتیاد به طور مؤثری عمل نماید. بنابراین پیشنهاد می‌شود بر اساس این برنامه پروتکلی کاربردی طراحی گردد.

## REFERENCE

- **American Psychiatric Association. (2013).** Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5 Th Ed). Washington, DC: APA
- **Awalt, R. M., Reilly, P. M., & Shopshire, M. S. (1997).** The angry patient: an intervention for managing anger in substance abuse treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 29 (4), 353-358.
- **Belin, D., Belin-Rauscent, A., Murray, J. E., & Everitt, B. J. (2013).** Addiction: failure of control over maladaptive incentive habits. *Current opinion in neurobiology*, 23 (4), 564-572.
- **Bissett, R. T. (2001).** Processes of change: Acceptance versus 12-step in polysubstance-abusing methadone clients. Doctoral dissertation available from the University of Nevada.
- **Dallas, T.X., David, W., Julie, K. (2010).** Staley Behavioral Neuroscience Of Drug Addiction. *Biosocieties*, 39, 22-6.
- **Flaxman, P.E., Bond, F.W.(2010).** A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behav. Res. Ther*, 48, 816–820.
- **Forman, E. M., & Herbert, D. (2008).** New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 263-26.
- **Hayes, S. C. masuda, A., & demey, H. (2003).** Acceptance commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedrags therapia. Dutch journal of Behavior therapy*. 36. 69-9
- **Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015).** Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed With Binge Eating Disorder: A Case-Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367-378.
- **Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., comtois, K. A. (1993).** Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Jurnal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- **Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015).** Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso: Primer premio de la XXI edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2014. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.
- **Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008).** Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13(1), 102-108.
- **Oraki, M. (2011).** Relationship of anger, self-efficacy, coping skills, and a desire to use drugs in a group of drugs opiate-dependent clients. *Journal of Research on Addiction*. 5(18),39-54.21
- **Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh Joy, S. D., Winton, A. S., Sabaawi, M., Wahler, R. G., & Singh, J. (2007).** Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15 (1), 56-63.
- **Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2008).** Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry research*, 158 (2),

